



Freie Zahnärzteschaft

Freie Zahnärzteschaft e.V.
Roman Bernreiter MSc
Angerstr. 37
94227 Zwiesel
Telefon: 09922/6674
Fax: 09922/869202
web@freie-zahnaerzteschaft.de

Ich beantrage meine Mitgliedschaft im Verein Freie Zahnärzteschaft e.V.

Herr Frau

Vorname _____

Name _____

Praxis _____

Praxisanschrift:

Straße _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail _____

Privatanschrift:

Straße _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Einzugsermächtigung (Voraussetzung für die Mitgliedschaft!):

Hiermit ermächtige ich den Verein Freie Zahnärzteschaft bis auf Widerruf von meinem Konto die Beiträge durch Lastschrift einzuziehen.

Kontonummer _____

Bankleitzahl _____

Kreditinstitut _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____